

同意書兼委任状

所沢市長 宛

養育医療の給付に関して、課税情報を閲覧することに同意します。
また、課税情報の確認のため、個人番号（マイナンバー）を利用することを同意するとともに、申請者を代理人と定め、個人番号（マイナンバー）を所沢市へ提供することを委任します。

住 所	生 年 月 日	課税情報の 閲覧に関する 同意	個人番号の 提供に関する 同意・委任
氏 名（自 署）			
	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

申請者（代理人）

・課税情報の閲覧に関する同意 ☐ ・個人番号の提供に関する同意 ☐

住 所	
（自 署）	
氏 名	生 年 月 日 年 月 日

記入上の注意

- ・氏名については必ず自署すること。
- ・申請者は窓口にて手続きを行う者とする。
- ・記入欄が不足した場合は欄外へ記載して差し支えない。